Dein Name, deine Anschrift

An den

Internationalen Bund e.V.

IB VAP Franken

Schanzäckerstr. 10

90443 Nürnberg

Ort, Datum

**Bitte um Erstattung von Impfkosten für dein Name**

Sehr geehrtes Team der IB VAP Franken,

anbei schicke ich Ihnen die Unterlagen zur Erstattung meiner Impfkosten wie folgt:

Originalbelege (oder beglaubigte Kopien) für folgende Impfungen, die **nicht** von der Krankenkasse übernommen werden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Impfstoff, Medikament oder ärztl. Leistung* | *Für folgende Infektion oder Krankheit laut Empfehlung des Auswärtigen Amtes* | *Betrag in EUR* |
|  |  | xx,xx € |
|  |  | xx,xx € |
|  |  | xx,xx € |
| **Gesamt:** | | **xx,xx €** |

alle o.g. Belege sind beigefügt

die schriftliche Bescheinigung meiner Krankenkasse über die Kosten, die nicht übernommen werden bzw. in welcher Höhe sie übernommen werden, ist beigefügt

Ich nehme zur Kenntnis, dass von den IB VAP Franken nur Kosten erstattet werden können, die eindeutig nachvollziehbar und belegt sind, und deren Übernahme von meiner Krankenkasse negativ beschieden wurde.

Kosten können von den IB VAP Franken nur erstattet werden, wenn die Abrechnung innerhalb von 4 Wochen nach Impfung eingereicht werden

Daher bitte ich Sie, die Kosten in Höhe von xxx € für die Impfungen, die **nicht** von meiner Krankenkasse übernommen, zu erstatten, und auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber/in: xxx

IBAN: xxx

BIC: xxx

Mit freundlichen Grüßen

Name (getippt, und darüber handschriftliche Unterschrift)